

M E I N E D A T E N

Datum _____

Vorname _____

Nachname _____



Dr. med. dent. Tobias Meier MSc.

Rathausstraße 15 · 33397 Rietberg

Telefon +49 5244 974508

Telefax +49 5244 974509

www.zahnarzt-rietberg.de

kontakt@zahnarzt-rietberg.de

PERSÖNLICHE ANGABEN

Straße, Nr.	_____	PLZ, Ort	_____
geboren am	_____ in _____	Beruf	_____
Tel. privat*	_____	Tel. mobil*	_____
e-Mail*	_____	Tel. Arbeit*	_____
Krankenkasse	_____	Firma, Ort	_____

Wie sind Sie versichert? gesetzlich pflichtversichert freiwillig
 privat Basis-Tarif mit Zahnzusatzversicherung

Sind Sie Beihilfeberechtigte/-r des öffentlichen Dienstes? ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Vorname	_____	Name	_____
Straße, Nr.	_____	PLZ, Ort	_____
geboren am	_____		

WAS FÜHRT SIE ZU UNS?

Ich wünsche eine Kontrolluntersuchung / Vorsorgebehandlung (Prophylaxe)

Ich habe seit kurzem gelegentlich ständig Beschwerden: Zahnschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Mein Zahnfleisch blutet (z. B. beim Zähneputzen) / bildet sich zurück

Ich habe keine etwas große Angst vor der Zahnbehandlung

Ich möchte beraten werden über Implantatbehandlung / festsitzenden Zahnersatz

Mein Thema _____

Teilnahme am Recall und Erinnerungsservice

„Zum Erhalt meiner Zahngesundheit und der Gewährleistungsansprüche möchte ich künftig über meinen nächsten Kontroll- bzw. Vorsorgetermin informiert werden. Die Teilnahme ist unverbindlich und ich kann sie jederzeit widerrufen.“

Bitte benachrichtigen Sie mich per: Postbrief E-Mail Anruf“ (Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich).

Rietberg, den _____ Unterschrift _____

Bitte beachten Sie die folgende Seite „GESUNDHEITSFAGEN“.

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb? _____ **N** **J**
 Behandelnder Arzt _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ **N** **J**

Bekommen oder bekamen Sie jemals eine Bisphosphonattherapie? **N** **J**

Leiden Sie unter Allergien oder Überempfindlichkeitsreaktionen? **N** **J**
 Wenn ja, gegen? _____ Ich besitze einen Allergiepass

Leiden oder litten Sie an Bluterkrankungen? **N** **J**
 Blutarmut Blutungsneigung Blutgerinnungsstörung

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? **N** **J**

Ist bei Ihnen schon einmal ein HIV-Test gemacht worden? Wenn ja, Ergebnis? positiv negativ **N** **J**

Bestehen / bestanden bei Ihnen Erkrankungen des Herz- / Kreislaufsystems? **N** **J**

Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt? Wenn ja, wann? _____ **N** **J**

Ist bei Ihnen eine bösartige Erkrankung diagnostiziert / operiert worden? **N** **J**
 Organ _____ OP _____

Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung der Lunge / der Atemwege? **N** **J**
 Asthma Tuberkulose Andere _____

Leiden oder litten Sie an einer Magen-, Darm- oder Nierenerkrankung? **N** **J**

Haben Sie Diabetes? **N** **J**

Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung der Leber? **N** **J**
 Gelbsucht Hepatitis B Hepatitis C Andere _____

Bestanden oder bestehen bei Ihnen eine Erkrankung der Schilddrüse? **N** **J**

Leiden oder litten sie an einer Erkrankung der Augen? **N** **J**
 Grüner Star Grauer Star Andere _____

Leiden Sie an rheumatischen Erkrankungen, Gelenk- oder Muskelschmerzen? **N** **J**

Leiden Sie unter Epilepsie? Wenn ja, wann war der letzte Anfall? _____

Leiden Sie unter Migräne? **N** **J**

Wann sind sie zuletzt im Bereich des Kopfes geröntgt worden? _____

Bei Frauen: Sind Sie schwanger? **N** **J**
 Wenn ja, welche Woche? _____ voraussichtlicher Entbindungstermin _____

Bitte beantworten Sie die Fragen in eigenem Interesse nach bestem Wissen. Änderungen Ihres Gesundheitszustandes teilen Sie uns bitte mit. Selbstverständlich unterliegen Ihre Daten unserer ärztlichen Schweigepflicht. Danke!

Einwilligung in Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

„Mir ist bekannt, dass die umseitigen, mit * gekennzeichneten Angaben freiwillig sind und nur zur Kommunikation mit mir im Rahmen der Behandlung genutzt werden. Die übrigen Angaben sind zum Zwecke der Durchführung der Behandlung, Dokumentation nach Berufsordnung und sonstigen gesetzlichen Vorschriften, Abrechnung mit Kostenträgern, Wirtschaftlichkeitsprüfung und statistischen Auswertung notwendig. Mir ist bekannt, dass eine Behandlung nur stattfinden kann, wenn diese Fragen beantwortet wurden. Mir ist bekannt, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt.“

Ich willige ein, dass meine Daten und Behandlungsunterlagen ggf. zwischen kooperierenden (Zahn-)Ärzten bzw. Dentallaboren ausgetauscht werden und entbinde die mich behandelnden Ärzte insoweit von der Schweigepflicht. Meine Einwilligung ist freiwillig und jederzeit schriftlich widerrufbar.“

Rietberg, den _____ Unterschrift _____